

# A collaborative approach to tailored whole-school health promotion : the schoolBeat study

Citation for published version (APA):

Leurs, M. T. W. (2008). *A collaborative approach to tailored whole-school health promotion : the schoolBeat study*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Universiteit Maastricht. <https://doi.org/10.26481/dis.20080516ml>

## Document status and date:

Published: 01/01/2008

## DOI:

[10.26481/dis.20080516ml](https://doi.org/10.26481/dis.20080516ml)

## Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

## Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

## General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

[www.umlib.nl/taverne-license](http://www.umlib.nl/taverne-license)

## Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

[repository@maastrichtuniversity.nl](mailto:repository@maastrichtuniversity.nl)

providing details and we will investigate your claim.

## SUMMARY

Healthy children, healthy employees, healthy families, healthy neighborhoods, healthy schools... Health promotion in the school-setting requires more than just a single lesson on healthy eating or not smoking. Health promotion in schools targets the promotion of the healthy development of children. This is primarily the responsibility of parents. However, children grow and develop 24 hours a day. As schooling is compulsory between the ages of 5 and 18 in the Netherlands, children grow up at school too. It is the task of schools to prepare children for nationally established competency-levels, mostly operationalized in terms of knowledge. Impacting on a healthy lifestyle and the healthy development of children comes second in this process. Due to compulsory education and the presence of professional staff many national and regional organizations perceive schools as the ideal setting to promote a healthy lifestyle and the development of children. They call upon schools regularly to participate or implement their health promoting projects and campaigns. They compete with each other for the attention of schools. Schools become overwhelmed and even irritated in this confusing market. And knowing that whole-school health comprises also workplace health promotion and health promotion for the school at large, something had to be done.

This is just what schoolBeat is about: how can schools contribute to the healthy development of pupils and staff without compromising on their own core-business: education. Schoolbeat aims to optimize the support of whole-school health by external organizations, especially from the health and welfare sector. The accompanying schoolBeat-study, as described in this PhD-thesis, is based on the following problemstatement:

*Can a fragmented, uncoordinated, supply driven support of school health promotion be transformed into a comprehensive, collaborative and demand oriented approach to effective whole-school health promotion?*

A roadmap: Chapter 1 describes the history, Chapter 2 the starting situation; Chapter 3 the opportunities for collaboration; Chapter 4 the link with individual pupil care; Chapter 5 the important factors in primary education; Chapter 6 the development of a quality checklist for healthy school interventions; Chapter 7 the first application of this checklist; Chapter 8: a model supporting sustainable collaborations; Chapter 9 continues by discussing further aspects of schoolBeat not covered in earlier chapters and Chapter 10 finally reflects on the schoolBeat project as a model for school health promotion. But first a short summary per chapter.

**Chapter 1** of this thesis starts with a historical perspective of health promotion in schools, starting in Roman times. The development of school health became more serious about 150 years ago, and evolved into school health promotion in the middle of the 20th century. At the start of the 21st century, school health promotion in the Netherlands was characterized by fragmentation and supply-orientated support with several regional and national organizations competing for the interest of schools. The introduction finishes with a description of the goals of the schoolBeat-study and a reading guide for this thesis.

In **Chapter 2** the status of school health promotion in the Netherlands is outlined in more detail. The schoolBeat-strategy is introduced, including the schoolBeat-steps towards a healthy school and the intended evaluation of the schoolBeat-collaboration.

The schoolBeat process comprises of six steps: (1) determining the needs of the school; (2) setting health promotion priorities; (3) assessing important and changeable determinants<sup>1</sup>; (4) formulating a school health plan (5) realizing the school health plan; and (6) performing a school-based evaluation. In step 4, the schoolBeat-interpretation of the American Healthy School Model, includes eight strategies that can be combined in setting priorities and the schoolBeat-checklist to assess the quality of healthy school interventions (see chapter 6 and 7). The diagnosis of sustainable collaboration model DISC (see chapter 8) was developed to monitor the collaboration between schools, organizations, and governments involved in school health promotion.

**Chapter 3** focuses on the processes and initial results of developing a collaborative model tailored to whole-school health in the Netherlands, named schoolBeat. A literature review, observations, and stakeholder consultation provided a clear picture of the current situation in school health promotion, and factors limiting a comprehensive and needs-based approach to school health. This revealed that the establishment of a health promotion team within a school is fundamental to an effective approach to tailored school health promotion. A respected (senior) school staff member should chair this team. To strengthen the link with the school care team, the school care coordinator should be a member of both teams. To provide coordinated support to all schools in a region, the participating health promotion and welfare organizations decided to share advisory tasks which are included in the regular health promotion work of their staff. This was operationalized as working with one advisor for each school, representing all school-health organizations, and using a comprehensive overview of all possible support and projects promoting health. Empowering schools in needs assessments and comprehensive school health promotion is an important element of the developed approach. This chapter concludes with an examination of emerging issues in evaluating collaborative school health support during the first 18 months of development, and implementation and future perspectives regarding sustainable collaboration and quality improvement.

In **Chapter 4** the schoolBeat-strategy is discussed from the perspective of youth health care, an important factor in the care structure of schools. As is the case with public health services, care and health promotion services in schools are working together more and more closely. Both play important roles in integrated shared care in schools. In the Maastricht-region, this shared care perspective is described in six levels. The care-continuum starts at the ground level, incorporating the whole school, and via the class-level finishes at sub-groups in each class. It stresses pupil support outside the school in specialized centers of expertise. The youth health care supports this continuum at several levels. It facilitates schools in outlining their needs and supports strengthening the care power of schools. Systematic and

---

1 This step changed over the years into 'selection of activities and strategies' (Leurs et al., 2006).

effective promotion of the healthy development of children should be the starting point. The chapter concludes with a short description of the schoolBeat-strategy facilitating this starting point, and a reflection on international and national developments in whole-school health promotion.

To enable improvements in school health promotion, **Chapter 5** examines possible determinants of the number of health promotion issues addressed by primary school teachers in the Netherlands. The main factors examined are context characteristics and constructs of attitude, social influence, self-efficacy and perceived barriers. A total of 180 primary school teachers teaching 9 to 12 year olds (grades 6, 7 and 8) participated in a cross-sectional survey. The results show that it is possible to differentiate between teachers addressing three or more health issues per year versus those who address fewer based on grade level (more health issues are addressed at higher grades), perceived disadvantages, self-efficacy and staff support. The latter seems to exert the greatest influence and may be one of the most promising focus points for improvements of school health promotion in the Netherlands.

**Chapter 6** describes the background and the development process of a checklist for assessing quality of school health promotion interventions. The checklist was developed as part of the innovative regionally developed schoolBeat-strategy but can also be used nationally. It aims to facilitate and systematize the process of selecting interventions by providing an assessment of quality aspects of interventions. The checklist contains quality criteria which are perceived to be relevant by either supporting organizations, schools or both. The checklist is based on a review of quality criteria and quality assessment instruments in the areas of health promotion, prevention, welfare, safety, the healthy school and education. Based on the results of the review a common set of quality criteria was established. In the subsequent operationalization process, existing quality assessment instruments were used and brevity was considered important, for reasons of practicality. The initial idea behind the checklist was that local health promotion officers could apply the checklist to interventions themselves.

**Chapter 7** describes the first national application of the schoolBeat-checklist in 2004. Twenty-nine healthy school interventions were assessed in the Netherlands, each by two health promoters and two teachers – individually and at a consensus meeting. Generalisability coefficients were calculated for the nine specific quality criteria. The mean consensus score differed from the mean average individual score for two out of nine criteria. To obtain a threshold Generalisability coefficient of 0.70, the number of assessors required per criterion ranges from 1.6 to 10.8, with an average of 4.7. Based on this study, we concluded that quality assessment procedures pertaining to healthy school interventions using the schoolBeat checklist require about four experienced assessors from each professional domain (health and education) to create reliable quality scores based on individual assessment only. Publicly available quality scores enable the inclusion of high quality interventions in school policies in order to increase the impact of school health.

**Chapter 8** describes the Diagnosis of Sustainable Collaboration (DISC) model, developed to facilitate comprehensive monitoring of public health collaboratives. The model focuses on opportunities for and impediments to collaborative change based on evidence from interorganizational collaboration, organizational behavior and planned organizational change. A description of the 2003/2004 application of the model to the Dutch whole-school health promotion collaboration is used to illustrate the practical relevance and to provide an assessment of the DISC-model.

The study combined quantitative and qualitative research. A DISC-based survey was sent to 55 stakeholders in whole-school health promotion in one Dutch region. The analysis provided for comparisons between stakeholders from education, public service and public health. This was followed by 11 semi-structured DISC-based interviews and a DISC-based document analysis. The results revealed significant differences between respondents from different domains for a number of the constructs. The interviews provided a more detailed picture of the situation surrounding the collaboration studied with regard to the DISC-constructs.

It was concluded that the DISC-model is more than just the sum of the different parameters provided in the literature on interorganizational collaboration, organization change, networking and setting-approaches. Monitoring a collaboration based on the DISC-model yields insight into windows of opportunity and current impediments for collaborative change. DISC-based monitoring is a promising strategy enabling project managers and social entrepreneurs to plan change management strategies systematically.

**Chapter 9** is a primarily a summary of those parts of the schoolBeat manual (Leurs et al., 2006) that were not addressed in previous chapters of this thesis to facilitate better understanding of the schoolBeat strategy and the processes involved in the successful implementation of the strategy. It begins with an examination of the role of the schoolBeat advisors and the school prevention teams. This is followed by a description of the monitoring at the school level (using the Quick scan shared care in whole-school health and youth monitoring including pupil reports) and the tools for planning whole-school health promotion (the healthy school model, the schoolBeat inventory and the schoolBeat matrix). This chapter ends with a discussion of the support used to develop the schoolBeat-strategy, to implement it and to evaluate it. In retrospect, this turned out to be an intensive process.

The thesis is completed in **Chapter 10** with a general discussion about the significance of the development of the schoolBeat-strategy, the most important results of this developmental process and experience gained in both the facilitating and limiting factors. Based on this discussion and on the previous chapters, it is reasonable to conclude that the project group succeeded in transforming fragmented, uncoordinated, supply-driven support of school health promotion into a comprehensive, collaborative and demand oriented approach in the Maastricht region. Helped by active knowledge transfer, the schoolBeat strategy – renamed the Healthy School Model – is now the national standard for health promotion in education. The effectiveness of schools as settings for health promotion is shown to be promising. Finally, this chapter and the thesis ends with a number of recommendations relating to the practice of healthy schools, as well as recommendations for future research in this area.

## SAMENVATTING

Gezonde kinderen, gezonde werknemers, gezonde gezinnen, gezonde buurten, gezonde scholen... Bij gezondheidsbevordering in het onderwijs komt meer kijken dan enkel een lesje over gezonde voeding of niet roken. Gezondheidsbevordering in het onderwijs is gericht op het bevorderen van een gezonde ontwikkeling van kinderen. Primair ligt de verantwoordelijkheid voor een gezonde ontwikkeling van kinderen bij hun ouders. Zij hebben ook de grootste impact op deze ontwikkeling. Maar kinderen groeien 24 uur per dag op. Sinds de invoering van de leerplicht wet, inmiddels ruim twee eeuwen geleden, groeien kinderen een deel van de tijd op in scholen. Scholen hebben daarbij als taak gekregen om kinderen voor te bereiden op landelijk vastgestelde eindtermen, veelal geoperationaliseerd in kennistermen. Het beïnvloeden van een gezonde leefstijl en gezonde ontwikkeling van kinderen lijkt daaraan ondergeschikt. Vanwege de leerplicht en de professionaliteit van scholen zien een groot aantal organisaties lokaal, regionaal en landelijk in scholen de ideale setting om de gezonde leefstijl en ontwikkeling van kinderen positief te beïnvloeden. Zij doen daarom veelvuldig een beroep op scholen om mee te werken aan speciale lesmodules, projecten en campagnes gericht op een of meer gezonde leefstijlgedragingen. Hierbij lopen ze soms elkaar in de weg. Scholen zien door de bomen het bos niet meer. En dat terwijl schoolgezondheidsbeleid zich ook zou moeten richten op gezondheidsbevordering op de werkplek en op de school als geheel. Iets moet er daarom gebeuren.

Dit is nu precies waar het bij schoolSlag om draait: hoe kunnen scholen een bijdrage leveren aan de gezonde ontwikkeling van leerlingen en medewerkers zonder concessies te hoeven doen aan hun eigen kerntaak: onderwijs. SchoolSlag streeft naar optimale ondersteuning van schoolgezondheidsbeleid door externe organisaties, met name uit de gezondheids- en welzijnssector (inclusief verslavingspreventie, ggz en sport & bewegen). Het bijbehorende schoolSlag-onderzoek, zoals verwoord in dit proefschrift, is gebaseerd op de volgende probleemstelling:

*Kan een gefragmenteerd, aanbodgerichte ondersteuning van schoolgezondheidsbeleid worden getransformeerd naar een integrale, gezamenlijke en vraaggerichte ondersteuning van effectieve gezonde scholen?*

Een routekaart: Hoofdstuk 1 beschrijft de historie, Hoofdstuk 2 de startsituatie, Hoofdstuk 3 de mogelijkheden voor samenwerking, Hoofdstuk 4 de relatie met leerlingezorg, Hoofdstuk 5 determinanten van bereidheid onder leraren, Hoofdstuk 6 de ontwikkeling van een instrument om de kwaliteit van schoolse interventies te bepalen, Hoofdstuk 7 beschrijft ervaringen met de eerste toepassing van dit instrument, Hoofdstuk 8 beschrijft een model dat de ontwikkeling van duurzame samenwerking kan ondersteunen, Hoofdstuk 9 vervolgt met een reflectie op de onderdelen van het schoolSlag die niet in voorgaande hoofdstukken zijn behandeld; en Hoofdstuk 10 besluit met een discussie over schoolSlag als model voor gezondheidsbevordering in het onderwijs. Nu eerst een nadere toelichting op de verschillende hoofdstukken.

Dit proefschrift begint in **Hoofdstuk 1** met het historisch perspectief van gezondheidsbevordering in het onderwijs, startend bij de Romeinen. Via de leerplichtwet van 1806 en de ontwikkeling van de schoolgezondheidszorg een halve eeuw later, tot de nationale en internationale ontwikkelingen rondom schoolgezondheidsbeleid in de tweede helft van de vorige eeuw om uit te komen bij de situatie aan het begin van de 21e eeuw: gefragmenteerde en aanbodgerichte ondersteuning van tal van organisaties die met elkaar concurreren om de aandacht en inzet van scholen. De introductie wordt afgerond met een toelichting op de doelen van de schoolSlag-studie en een leeswijzer voor dit proefschrift.

In **Hoofdstuk 2** wordt voor een internationaal lezerspubliek toegelicht hoe gezondheidsbevordering in het onderwijs in Nederland is georganiseerd. Accent in dit hoofdstuk ligt bij de uitleg over de schoolSlag-werkwijze, waaronder het schoolSlag-stappenplan, en de wijze waarop de schoolslag-samenwerking wordt geëvalueerd.

Het schoolSlag-stappenplan omvat de volgende zes stappen: (1) bepaling van de zorgbehoefte van de school; (2) bepaling van prioriteiten voor gezondheidsbevordering; (3) bepaling van belangrijke en veranderbare determinanten<sup>2</sup>; (4) opstellen van het schoolgezondheidsplan; (5) uitvoering van het schoolgezondheidsplan; en (6) evaluatie op schoolniveau. Bij stap vier wordt gebruik gemaakt van de schoolSlag-interpretatie van het Amerikaanse Gezonde School Model, bestaande uit acht verschillende strategieën die gecombineerd ingezet kunnen worden om invulling te geven aan de vastgestelde prioriteiten, en de schoolSlag-checklist om bestaande interventies te toetsen op kwaliteit (zie hoofdstuk 6 en 7). Om de samenwerking tussen scholen, instellingen en overheden betrokken bij schoolgezondheidsbeleid te kunnen monitoren, is het duurzame samenwerkingsmodel DISC (zie hoofdstuk 8) ontwikkeld.

In **Hoofdstuk 3** staan de initiële ideeën over de schoolslag-werkwijze nogmaals toegelicht in combinatie met een reflectie op de eerste resultaten van het samenwerkingsproces. Op basis van literatuuronderzoek, observaties en gesprekken met betrokkenen ontstaat een helder inzicht in de Nederlandse situatie bij aanvang van het schoolSlag-project. Tevens werden factoren in beeld gebracht die een samenhangende, vraaggerichte ondersteuning belemmeren. Op basis hiervan ontstond het inzicht dat het instellen van een schoolpreventieteam belangrijk is om effectief schoolgezondheidsbeleid op maatwerk te maken, waarbij het team voorgezeten zou moeten worden door iemand uit de schoolleiding. Om de verbinding met het zorgadviesteam van de school te versterken, ligt een personele unie via deelname van de zorgcoördinator aan beide teams voor de hand.

Om de ondersteuning van scholen gecoördineerd te laten verlopen, besloten de betrokken regionale gezondheids- en welzijnsorganisaties om hun adviestaken gezamenlijk in te vullen. Het gaat hierbij om adviestaken die tot de reguliere werkzaamheden behoren van gezondheidsbevorderaars en welzijnswerkers. De instellingen hebben dit vormgegeven door te gaan werken een gezamenlijke schoolSlag-adviseur per school, die gebruik maakt van een overzicht

---

2 Deze stap is in de loop van het schoolSlag-project geëvolueerd in 'bepaling van activiteiten en strategieën' (Leurs et al., 2006).

van het aanbod van alle betrokken instellingen. Het toerusten van scholen om te werken met een behoefte-inventarisatie en preventieplannen schoolbreed op te stellen, hoort hierbij. Het hoofdstuk besluit met een reflectie op de ontwikkelingen in de eerste 18 maanden, implementiemogelijkheden en mogelijkheden voor duurzame samenwerking en kwaliteitsverbetering.

In **Hoofdstuk 4** wordt de schoolSlag-werkwijze besproken vanuit het perspectief van de jeugd-gezondheidszorg, een belangrijke actor in het zorgbeleid van scholen. Net als bij GGD-en, groeien in het onderwijs collectieve gezondheidsbevordering en preventie enerzijds, en individuele leerlingenzorg anderzijds, namelijk naar elkaar toe. Ze vormen een keten binnen het onderwijscontinuüm van zorg. Deze keten is in de regio Maastricht in samenwerking met het onderwijsveld uitgewerkt in zes niveaus van zorg onder de noemer ‘integrale ketenzorg’. De keten start met een basisoniveau, dat de gehele school omvat, en loopt via het niveau van de klas en van subgroepen in de klas tot het niveau van individuele hulpverlening via externe voorzieningen. De jeugdgezondheidszorg (JGZ) vervult op de verschillende niveaus van zorg een versterkende en ondersteunende rol in deze innovatieve benadering van zorg in het onderwijs. Het gaat daarbij onder meer om het mee in kaart brengen van de zorgbehoefte van de school én het bijdragen aan de versterking van de zorgkracht van de school. Uitgangspunt zou hierbij het systematisch en effectief bevorderen van een gezonde ontwikkeling van leerlingen moeten zijn. Dit hoofdstuk besluit met een beknopte omschrijving van de schoolBeat-werkwijze waarmee dit uitgangspunt vormgegeven kan worden en een reflectie op internationale en nationale ontwikkelingen op het terrein van de gezonde school.

Aanknopingspunten voor verbeteringen in het schoolgezondheidsbeleid van basisscholen staan beschreven in **Hoofdstuk 5**. Via een breed uitgezette vragenlijst onder leerkrachten van groepen 6, 7 en 8 in de regio Maastricht-Mergelland in 2003 is gekeken naar factoren die van invloed zijn op het aantal verschillende gezondheidsthema’s waar leerkrachten zich voor inzetten. De resultaten laten een verschil zien tussen leerkrachten die jaarlijks met drie of meer gezondheidsonderwerpen aan de slag gaan en leerkrachten die dat aantal niet halen. Het gaat hierbij om verschillen in groepen (meer onderwerpen worden aangesneden in de hogere groepen) en verschillen in verwachtingen ten aanzien van nadelen, van de eigen effectiviteit en van de ondersteuning door de schoolleiding. De schoolleiding lijkt de meeste invloed te hebben op de inzet van leerkrachten ten aanzien van gezondheidsbevordering in het onderwijs en is daarom een van de veelbelovende aangrijpingspunten voor versterking van schoolgezondheidsbeleid in het onderwijs.

**Hoofdstuk 6** beschrijft de achtergrond en ontwikkeling van een checklist voor de kwaliteit van collectieve preventie voor het onderwijs: de schoolSlag-checklist. Hoewel deze speciaal is opgesteld als onderdeel van de regionaal ontwikkelde schoolSlag-werkwijze, is deze ook landelijk inzetbaar. Het doel van de checklist is het faciliteren en systematiseren van de keuze van interventies die op scholen kunnen worden uitgevoerd – stap 4 van de schoolSlag-werkwijze. De checklist bevat kwaliteitscriteria die door ondersteuningsinstellingen, het onderwijs of beide belangrijk worden geacht. De checklist is gebaseerd op een review naar kwaliteitscriteria en kwaliteitsmeetinstrumenten op de terreinen preventie, welzijn, veiligheid, de gezonde



school én het onderwijs. Op basis van de reviewresultaten is een gezamenlijke set criteria vastgesteld, die vervolgens is geoperationaliseerd in items. Het gaat hierbij om criteria als 'effectiviteit aangetoond', 'planmatigheid', 'efficiëntie voor school' en 'onderwijsgerichtheid'. Bij het operationaliseringproces is geput uit bestaande kwaliteitsmeetinstrumenten en is gelet op beknoptheid. Het oorspronkelijke idee achter de checklist was dat lokale gezondheidsbevorderaars de checklist zelf zouden gaan toepassen.

In **Hoofdstuk 7** worden kwaliteitsbeoordelingen van schoolse interventies in internationaal perspectief geplaatst. Tevens worden de resultaten van de eerste nationale toepassing van de schoolSlag-checklist beschreven. Internationaal gezien is de toetsing van schoolse interventies beperkt tot algemenere evaluaties vanuit een gezondheidsperspectief. Het perspectief van het onderwijs wordt daarin niet meegenomen. De schoolSlag-checklist combineert juist beide inzichten. Om de waarde van de schoolSlag-checklist te evalueren, is de checklist in 2004 toegepast op 29 landelijk beschikbare schoolse interventies. Elke interventie is zowel individueel als gezamenlijk gescoord door vier professionals: twee docenten en twee gezondheidsbevorderaars. Bij twee van de negen criteria werd een significant verschil gevonden tussen het gemiddelde van de individuele oordelen en het gezamenlijke oordeel.

Geconcludeerd wordt dat er voor kwaliteitsbeoordelingen van schoolse interventies met behulp van de schoolSlag-checklist ongeveer vier ervaren beoordelaars per professioneel domein nodig zijn. Deze kunnen individueel hun oordeel geven. De meerwaarde van een consensusbijeenkomst is met deze studie niet aangetoond. Het is de verwachting dat openbare kwaliteitsoordelen de opname van kwalitatief goede interventies in het schoolbeleid bevorderen om zodoende meer impact te hebben op schoolgezondheid.

In **Hoofdstuk 8** wordt het duurzame samenwerkingsmodel DISC nader toegelicht en worden de resultaten gepresenteerd van de eerste toepassing van het model op de samenwerking tussen scholen, instellingen en gemeenten en provincie in het kader van schoolSlag. Het model focust op bevorderende en belemmerende factoren ten aanzien van samenwerking in de openbare gezondheidszorg. Het model is gebaseerd op bewijzen uit studies naar interorganisatorische samenwerkingsverbanden, gedrag van organisaties en planmatige organisatieverandering. Het DISC-model is in 2003/2004 toegepast via een vragenlijstonderzoek onder 55 betrokkenen bij de schoolSlag-werkwijze in Maastricht-Mergelland, aangevuld met 14 semi-gestructureerde interviews en een documentenanalyse. In de analyse van de resultaten is vooral gekeken naar verschillen tussen betrokkenen uit het onderwijs, van de overheid en uit de gezondheids- en welzijnssector. De hierbij gevonden verschillen boden bruikbare aanknopingspunten voor het bijstellen van strategieën om de beoogde samenwerking te bevorderen en gesignaleerde belemmeringen hiervoor systematisch weg te nemen.

**Hoofdstuk 9** is vooral een samenvatting van die onderdelen van het in het voorjaar 2006 verschenen schoolSlag-praktijkboek, die in eerdere hoofdstukken van dit proefschrift nog niet zijn uitgewerkt. Het gaat hierbij om de unieke rol van de schoolSlag-adviseur en het schoolSlag-team c.q. het schoolpreventieteam. Maar ook om de verschillende manieren om schoolgezondheid te monitoren. Zo worden de quickscan integrale ketenzorg, de Limburgse

Jeugdmonitor en de leerlingrapportage besproken behorend bij stap 1 van de schoolSlag-werkwijze. Dit wordt gevolgd door de schoolSlag-prioriteitenworkshop (onderdeel van stap 2), de schoolSlag-inventarisatie (onderdeel van stap 3) en de schoolSlag-matrix (onderdeel stap van 4) toegelicht. Leerlingen, ouders en personeel stellen prioriteiten voor ten behoeve van het gezondheidsbeleid van de eigen school via de schoolSlag-prioriteitenworkshop. In schoolSlag-inventarisatie staat het beschikbare landelijke én regionale aanbod op uniforme wijze beschreven. Deze inventarisatie is te gebruiken bij het invullen van de schoolspecifieke schoolSlag-matrix. De matrix is een integraal planningsmodel voor scholen gericht op verschillende doelgroepen en gebruik makend van een op maat samen te stellen set van activiteiten per vastgestelde prioriteit. Zie [www.schoolSlag.nl](http://www.schoolSlag.nl) voor meer informatie. Tot slot vindt een reflectie plaats op de inzet om de schoolSlag-werkwijze te ontwikkelen, te implementeren en te evalueren. Dit bleek een intensief proces te zijn.

Het proefschrift wordt afgesloten in **Hoofdstuk 10** met een algemene discussie over het belang van de ontwikkeling van de schoolSlag-werkwijze, de belangrijkste resultaten van dit ontwikkelingsproces en de hierbij ervaren bevorderende factoren en beperkingen. Op basis van deze discussie en de voorafgaande hoofdstukken is de conclusie gerechtvaardigd dat het gelukt is om in vier jaar tijd een gefragmenteerde, aanbodgerichte ondersteuning van schoolgezondheidsbeleid te transformeren in een integrale, gezamenlijke en vraaggerichte ondersteuning van gezonde scholen in de regio Maastricht-Mergelland. Mede door actieve kennisoverdracht, geldt de schoolSlag-werkwijze – als ‘gezonde school methode’ – inmiddels als de nationale standaard voor gezondheidsbevordering in het onderwijs. Dat hierdoor de effectiviteit van scholen als setting voor gezondheidsbevordering toeneemt, is daarbij aanneemelijk gemaakt.

Dit hoofdstuk en daarmee ook het schoolSlag-proefschrift wordt afgesloten met aanbevelingen voor zowel de praktijk van gezondheidsbevordering in het onderwijs als het onderzoek hiernaar.